

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

Il/la sottoscritto/a

residente a in via tel.....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni non veritiere è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DICHIARA

di aver compiuto, con proprio automezzo, nel mese di

N° viaggi di andata e ritorno dal proprio domicilio di via

al CENTRO DIALISI di e viceversa per Km. giornalieri TOTALI pari = Km.

Di aver utilizzato l'autovettura targata.....

(DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI VIAGGI CON ACCOMPAGNATORE)

di essere stato accompagnato dal/la Sig./ra

nel mese di..... per gg. N. e che lo stesso ha effettuato:

- due viaggi giornalieri di andata e ritorno

IL CONDUCENTE

IL RICHIEDENTE

.....

.....

Allegare:

- Copia del documento di identità e copia tessera sanitaria del conducente e del richiedente.

Modalità di pagamento:

Accredito C/C IBAN.....

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data _____

Firma _____